

ANALELE ȘTIINȚIFICE ALE UNIVERSITĂȚII „AL. I. CUZA” IAȘI
Tom LVI, s. II – c, Geografie 2010

LA LUTTE POUR LA VIE. UNE ANALYSE MULTISCALAIRE DE LA DYNAMIQUE DE LA MORTALITÉ INFANTILE DANS L'EUROPE CONTEMPORAINE

Ionel MUNTELE, Ana-Maria BURLEA,

Faculté de Géographie et Géologie, Université «Al.I.Cuza» Iași

Abstract: *The battle for life. A infant mortality multiscale analysis process in the contemporary Europe.* The infant mortality analyse may be approached also of the geographical perspective. This perspective is centered around the concept of spatial differentiation. The study followed the disparities developed during the processus of the demographical modernization, especially of the infant mortality.

The outset of the study is a complexe database, organized in three levels: continental, national and departmental. The period surveyed began in 1950, for the top two levels and in 1966, for the third level. The statistical analysis effectuated by the Statlab point to the existence of an strong correlation between the economic and social evolution and the stint of infant mortality incidence. Next to this correlation there are a series of contradictions, engendered by the local peculiarities. The most often, these characteristics derived from the quality of the medical services and sanitary infrastructure. The political and the cultural contexte may be added. These contradictions there are much manifested at the local level.

One other conclusion converged towards the existence of any tendence of a quickly decrease o the infant mortality, unresponsive at the economic growth and the amelioration of the social estate.

Mots-clé: *infant mortality, spatial disparities, demographical transition, Europe, Romania*

I.INTRODUCTION

L'analyse de la mortalité infantile est un outil essentiel pour le déchiffrement des tendances manifestées pendant le déroulement de la transition démographique. Son niveau est souvent lié à la résistance d'un comportement conservateur de la fertilité ou, au contraire, aux progrès enregistrés dans la limitation de la mortalité générale. La lutte pour la vie des nouveaux-nés a ainsi, souvent, un effet réductible pour les deux indicateurs du bilan naturel de la population. Et, de surcroît, constitue un facteur de l'accélération des processus transitoires à côté de sa qualité d'indicateur de la qualité de la vie ou de l'état des systèmes nationaux ou régionaux de santé.

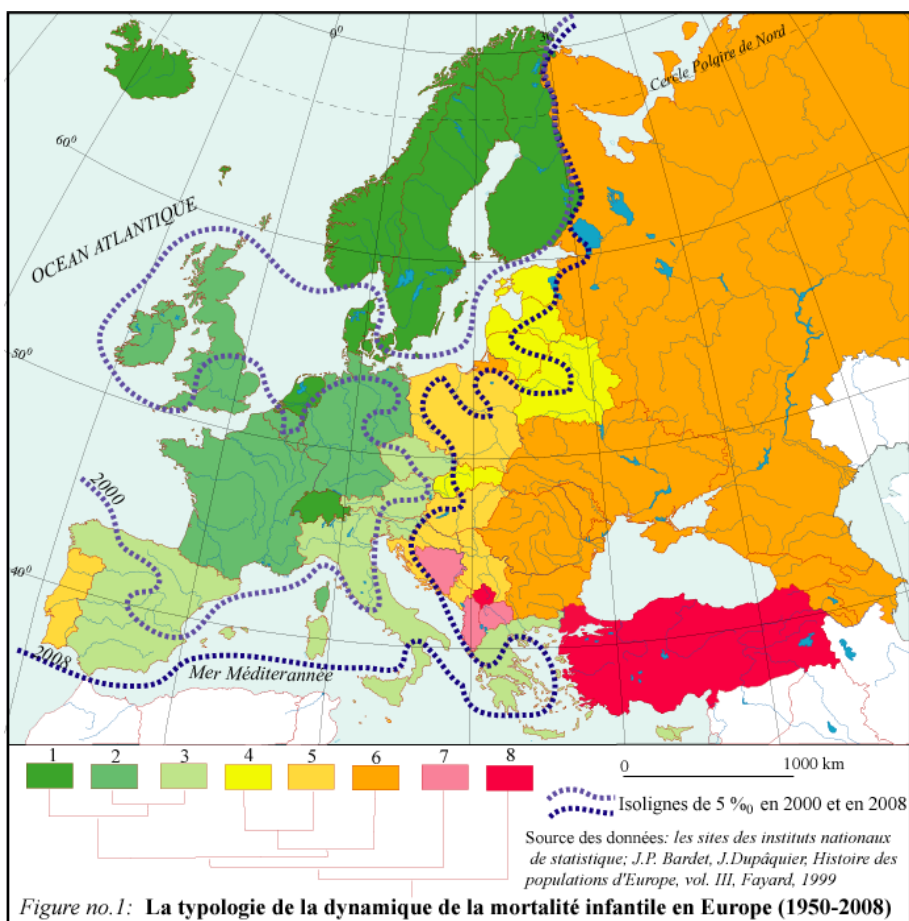
Ce qu'on propos dans cette étude c'est une analyse à plusieurs échelles territoriales (l'Europe, la Roumanie et le județ de Neamț) de l'évolution de la mortalité infantile du point de vue des disparités enregistrées dans les tendances de ce qu'on peut considérer sa transition. La période concernée par l'analyse s'étend de 1950 à 2008 pour l'Europe, de 1950 à 2009 pour la Roumanie et de 1966 à 2009

pour le județ de Neamț. L'absence des informations pertinentes est le responsable de cette relative inconséquence temporelle.

L'analyse repose sur trois classifications hiérarchiques ascendantes dont on a retenu les principales tendances de l'évolution de la mortalité infantile. Les résultats sont présentés à l'aide d'un cartogramme et du profil des types.

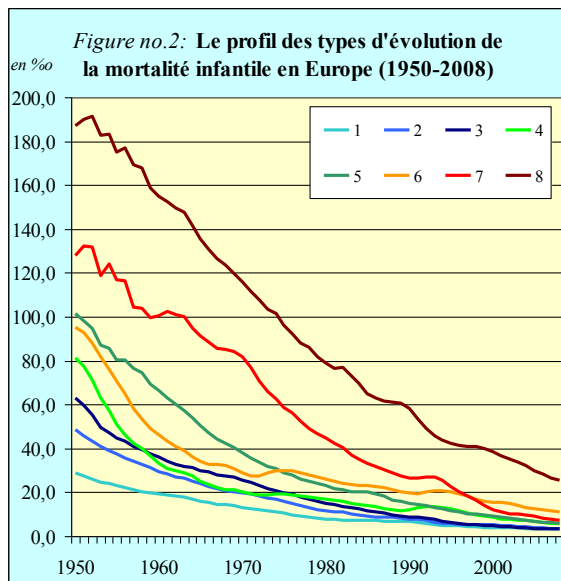
II. LES AVATARS DE LA LIGNE HAJNAL EN EUROPE

L'étude de la mortalité infantile présente une déficience liée à sa forte variabilité temporelle. Cette variabilité est d'autant plus visible que le niveau de cet indicateur est très haut. C'est pourquoi on a préféré utiliser dans la classification la méthode des moyennes glissantes pour tous les trois ans consécutifs.



La principale conclusion qu'on extrait du matériel cartographique résulte (fig.no 1) confirme l'existence en Europe d'une fracture essentielle en ce qui

concerne l'évolution démographique. La ligne Hajnal imaginé par ce chercheur pour exprimer les disparités en matière de nuptialité (1965) se reproduit presque fidèlement aussi dans le cas de la mortalité infantile. Il n'est pas difficile trouver des



corrélations par ailleurs. La temporisation de la nuptialité eut pour conséquence l'allongement de l'âge à première naissance et l'apparition d'une attitude nouvelle en ce qui concerne le soin des enfants, devenus plus précieux. C'est aussi le "triomphe de la médecine" qui assurait beaucoup plus de chances aux nouvelles générations après 1950 (Casselli et all., p.137, 1999).

La fracture mentionnée est illustrée par l'existence de 8 types d'évolution distincts inscrits dans une tendance générale d'amélioration (*fig. no. 2*).

Les trois premiers sont cantonnés exclusivement dans les parties occidentale et méridionale du continent. Leur principale caractéristique dérive de l'avance considérable de la diminution de l'indicateur utilisé bien avant 1950. Ceci était visible surtout dans les pays scandinaves, au Pays Bas et en Suisse (type 1) où les valeurs enregistrées en 1950 étaient semblables à celles qui caractérisent de nos jours les moins avancées régions du continent. On peut y penser sur l'existence d'un décalage de presque 50 ans (deux générations) concordant avec des indicateurs sociaux et économiques. Les types 2 et trois, caractérisant les grands pays de l'Europe Occidentale (France, Allemagne, Grande Bretagne) et respectivement la plupart des pays méditerranéens et les pays les plus avancés de l'Europe Centrale (Autriche, R.Tchéque et Slovénie), ont suivi la même tendance. Leur distinction réside dans le niveau de départ, plus haut pour la deuxième catégorie. Tous ces trois types ont vu leurs tendances se confondre après 1990.

Un autre couple, concernant les trois types suivants (4, 5, 6) se font remarquer par une évolution plutôt contrastante: une diminution rapide pendant une première phase (1950-1970), suivie par une stagnation interrompue après 1990 quand on assiste à l'accélération de la tendance régressive de cet indicateur. Leur niveau de départ a été assez élevé (80-100%), la distinction entre les trois types résidant dans l'évolution ultérieure. Un premier group concerne les pays baltes, la Biélorussie et la Slovaquie dont la chute des valeurs pendant les deux premières

décennies fut plus rapide. Le deuxième concerne des pays voisins, situés dans la même bande intermédiaire entre l'Europe Occidentale et l'Europe Orientale (Pologne, Hongrie, Croatie, Serbie etc.) auxquels s'ajoute le Portugal, distingués par l'évolution plus linéaire, la stagnation de 1970-1990 étant à peine sensible. Après 1990 les valeurs de ces deux groups se confondent aussi. Un peu différente est la situation du troisième group (type 6), cantonné dans l'Europe Orientale, de la Russie à la Bulgarie, où la stagnation manifestée pendant l'intervalle 1970-1990 a été beaucoup plus évidente, avec des courtes poussées de croissance, prolongées jusqu'aux années 1990-2000, effet possible de l'état précaire du système sanitaire. Ce retard a eu pour conséquence la préservation d'un niveau assez haut de la mortalité infantile à l'échelle européenne (plus de 10‰). C'est à peine pendant les derniers ans qu'on constate une chute plus visible de cet indicateur.

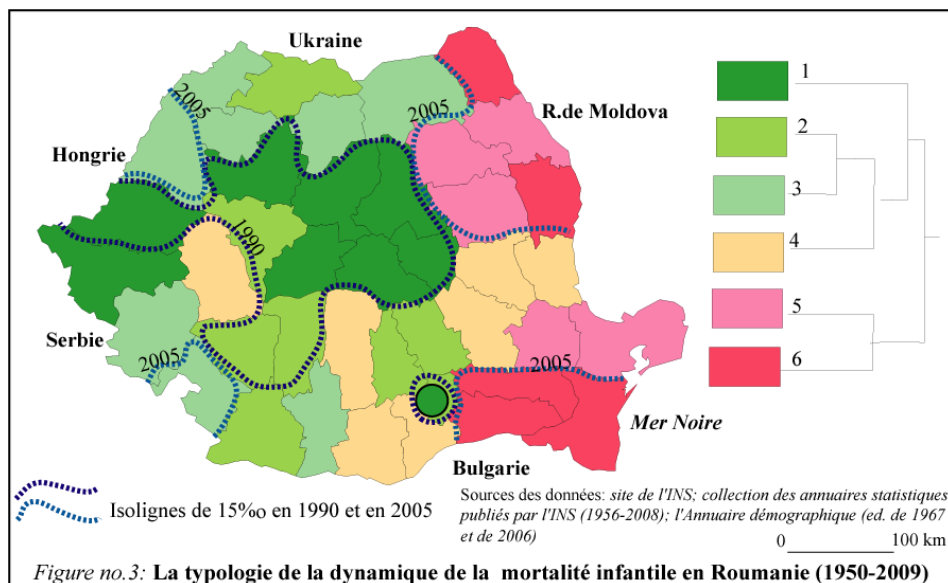
Les deux derniers types concernent quelques pays du sud-est de l'Europe dont la principale caractéristique commune est la présence importante, voire majoritaire de la population musulmane. Une première situation est fournie par l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine et la Macédoine où l'on peut distinguer deux phases d'accélération de la chute de cet indicateur, ayant pour point de départ un très haut niveau (1970-1990 et 1995-2000) dont la conséquence fut la convergence vers le niveau des pays européens les plus avancés. Cette évolution avait permis ainsi dépasser le niveau atteint par les pays groupés dans le type 6. Une deuxième situation concerne la Turquie et le Kosovo, dont l'évolution rappelle plutôt le modèle des pays en voie de développement les plus avancés. Les valeurs se sont maintenues longtemps à un haut niveau et malgré la chute visible, de nos jours sont encore loin par rapport à la moyenne européenne (plus de 25‰).

En guise de conclusion préliminaire, on peut souligner que pendant cette longue période s'est manifestée en Europe une tendance générale de convergence des valeurs de l'indicateur de la mortalité infantile. L'écart initial était celui qui séparait en fait les pays les plus avancés et ceux les moins avancés du monde mais, l'évolution démographique générale avait conduit à ce rapprochement, d'abord en Europe Occidentale et Méridionale, ensuite dans l'Europe Centrale et de nos jours aussi dans l'Europe Orientale de sorte que l'écart actuel est plutôt faible, tous les pays enregistrant des valeurs beaucoup en dessous de la moyenne mondiale (situé à 46‰ en 2009 selon le *World Population Data Sheet*).

III. EXISTE-T-IL UN MODELE ROUMAIN D'EVOLUTION DE LA MORTALITE INFANTILE?

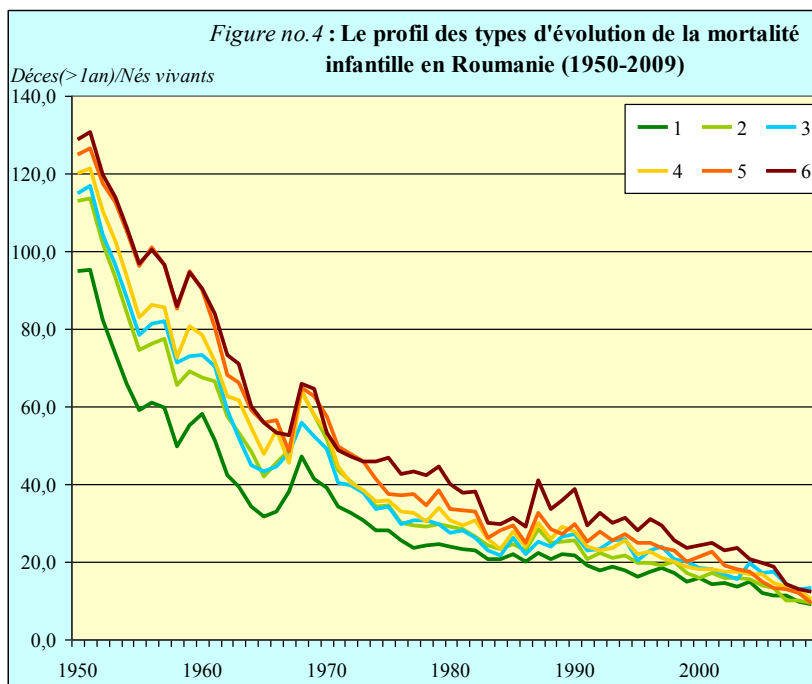
C'est une question dont la réponse fut déjà fournie vu l'intégration du pays dans un type d'évolution plutôt divergent par rapport aux tendances générales européennes. En utilisant la même méthodologie, appliquée à une base de données visant les 42 unités administratives de premier rang (judets), on a pu distinguer six types d'évolution, assez faiblement mis en évidence. Tous ces types ont respecté

les tendances générales décrites dans le chapitre antérieur. C'est seulement le rythme d'évolution (plus rapide ou temporisé selon le cas) aussi que la visibilité de la période de stagnation, voire de croissance de l'indicateur étudié pendant la période des années 1970-1990. Une particularité roumaine, visible dans toutes les situations était aussi la manifestation d'une brusque distorsion des tendances consécutive à l'augmentation du contrôle politique de l'évolution démographique, notamment en 1967-1968 et en 1984-1989 (*figures 3 et 4*). On peut remarquer une concordance avec l'évolution démographique générale du pays, avec un écart sensible entre les aires les plus avancées (Banat, la capitale, le centre et le sud de la Transylvanie) et celles plus conservatrices (Moldavie, sud-est du pays). Dans le premier cas on peut constater une diminution de l'impact de la politique démographique, dans le deuxième, au contraire, ceci s'est manifesté avec une certaine brutalité, notamment à la fin des années 1980. La politique nataliste est considérée le principal responsable par la plupart des auteurs (Dumitrache, 2004, p.46).



Aussi caractéristique pour les régions orientales du pays est l'installation plus précoce de la stagnation, sensible déjà pendant les années 1970, dans les autres régions celle-ci étant visible plutôt après 1980. Pourtant, ce que l'on peut constater après l'an 2000 c'est un rapprochement spectaculaire du niveau de la mortalité infantile, de sorte que l'écart entre les extrêmes soit devenu presque insignifiant. Cette typologie surprend ainsi plutôt le tableau des décennies précédentes, de nos jours étant en cours des nouvelles séparations, engendrées par la vitesse dont il se manifeste le processus d'alignement aux valeurs moyennes européennes, déjà presque achevé à Bucarest et dans le département de Cluj.

Certains judets plus avancés antérieurement sont devenus, semble-t-il, plus conservateurs, notamment dans le nord-ouest et dans le sud-ouest du pays (Bihor, Mehedinți etc.). Au contraire, dans la partie orientale du pays, certains judets ont évolué rapidement dans la direction d'une diminution massive de la mortalité infantile. C'est aussi le cas du judet de Neamț qui fait l'objet d'une étude de cas.



La conclusion principale qu'on peut extraire de cette analyse met l'accent sur l'importance du facteur politique dans l'évolution de la lutte pour la survie des nouveau-nés en Roumanie. C'est celui-ci qui avait imposé une temporisation à la chute irrésistible des années 1950 par des mesures dirigées surtout en faveur d'une croissance démographique soutenue. Le désir du pouvoir politique, imposé à une population insuffisamment informée et dont le niveau de sécurité en matière de services sanitaire est depuis longtemps plutôt précaire, a eu des effets contradictoires: un surplus de nouveau-nés pendant des courtes périodes mais un surplus de décès infantiles au long des deux dernières décennies de régime de type soviétique, avec des avatars au long de la transition post-communiste surtout au niveau des mentalités vis-à-vis de la famille et de l'enfant, au moins dans certaines communautés rurales ou marginales. Cette situation n'est pas encore totalement maîtrisée par les autorités sanitaires. On est assez loin des campagnes pour l'allaitement ou pour la naissance au domicile caractérisant certains pays occidentaux avancés de ce côté-là.

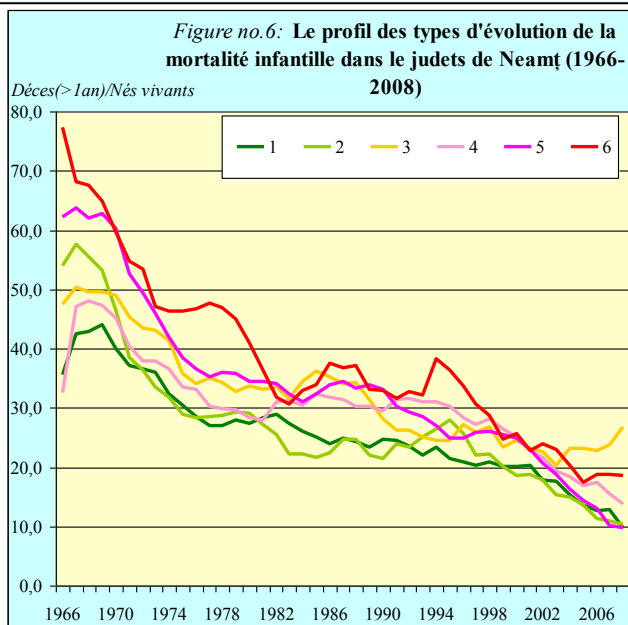
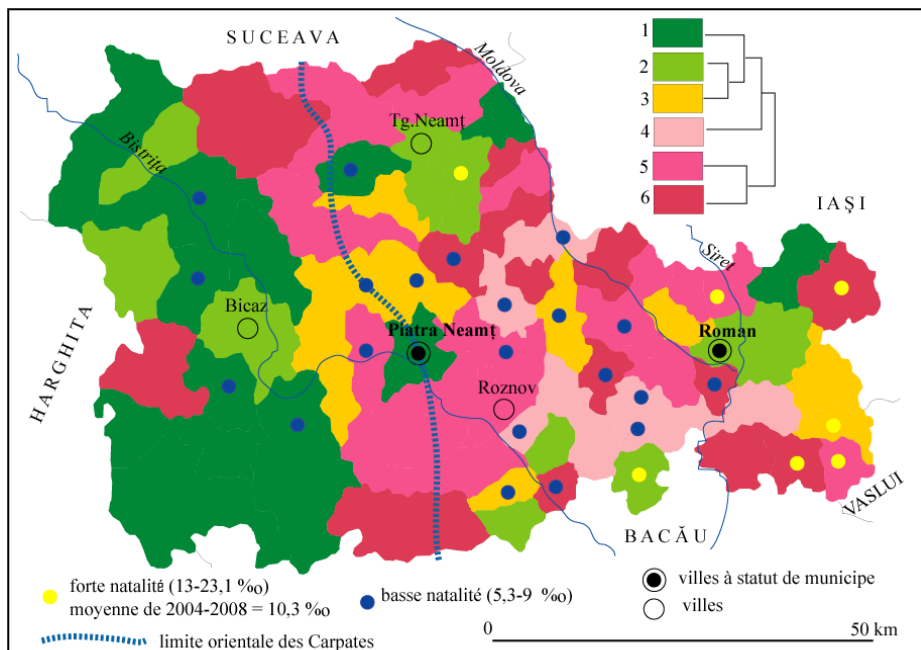
IV. DES TENDANCES PLUTOT CONTRADICTOIRES A L'ECHELLE LOCALE – L'EXEMPLE DU JUDETS DE NEAMT

A cette échelle d'étude les tendances d'évolution de la mortalité infantile sont beaucoup plus difficiles à déchiffrer, vu la grande variabilité des valeurs. Le choix des moyennes glissantes peut résoudre partiellement cet embarras. Les tendances ainsi extraites mettent en évidence des décalages plus fortes au niveau local, liés à des divers facteurs malgré le fait que "les moyens de lutte sont connus et peu chers" tel que le soulignait récemment G.Pison (2010). On peut séparer essentiellement deux catégories: des types caractérisés par une diminution constante, continue de la mortalité infantile à côté des types marqués par une évolution hésitante, contrastante, avec des courtes phases d'accélération ou de reprise de la croissance. C'est une situation connue mais peu expliquée en dehors de quelques études monographiques (Muntele, 1998).

La deuxième catégorie, concerne les types 4, 5 et 6 caractérisés par les plus fortes variations. Localisés dans les régions collinaires (la moitié est du județ), ceux-ci supportent des explications liées soit à la qualité de l'environnement (déjà invoquée), soit à certaines particularités sociales et culturelles (la présence des communautés tsiganes – dans les communes de Pîpiș, Icușești ou Botești par exemple). On peut aussi invoquer aussi l'accessibilité aux services sanitaires, précaire dans certaines communes isolées, surtout si l'on tient compte de la qualité de l'infrastructure de transport. Une autre explication réside dans l'effet statistique induit par la chute rapide des indicateurs de la fertilité pendant les derniers 20 ans dans certains cas de figure. La diminution du nombre de naissance peut impliquer une croissance épisodique, exceptionnelle de la mortalité infantile même si le nombre des décès des enfants est plus réduit.

La première catégorie, concerne les villes, leurs environs et la plupart des communes situées dans la région montagneuse (voire *fig. no. 5 et 6*). C'est déjà un double clivage géographique de type environnemental, respectivement positionnel. Ces clivages doivent être interprétés par le biais d'une grille de lecture plus complexe encore. Contrairement à ce que l'on puisse attendre, le chef-lieu départemental, Piatra-Neamț, situé à la périphérie orientale des Carpates n'exerce qu'une influence très réduite. Au contraire, la plupart des communes voisines appartiennent à la deuxième catégorie. C'est peut-être la place de connexions avec la qualité de l'environnement, vue la concentration des industries polluantes dans la plate-forme industrielle de Roznov-Săvinești. Ceci avait déterminé par ailleurs une dégradation de la santé de la population dans cette région-là, notamment chez les enfants de 0-3 ans (Mancaș, Vasilov, 1995). Dans cette catégorie, le type 3 est le plus divergent étant marqué pendant la dernière décennie par une recrudescence de la mortalité infantile de sorte qu'on y enregistre les plus hautes valeurs. Il s'agit d'une réelle dégradation de la tendance antérieure dont les connexions avec des facteurs déjà

invoqués sont inopérantes. Seulement une étude de cas à l'échelle communale peut dévoiler les raisons de cet comportement atypique.



Les disparités territoriales induites par la mortalité infantile peuvent être expliquées par les inégalités socio-économiques. Les connexions avec les politiques publiques dans le domaine sanitaire devront donner des résultats concrets si l'on tient compte de certaines études déroulées dans d'autres pays (Judge, 2009). La pauvreté peut-être une autre composante qu'on peut intégrer dans une analyse plus complexe, de cette analyse préliminaire on pu déjà extraire des possibles connexions, surtout si l'on y pensait à certaines communautés à haut risque. C'est par ailleurs ce que démontrent certaines études menées dans cette direction (Jahan, 2008). La pauvreté associée avec l'illettrisme des mères et un statut social défavorable sont des variables qui peuvent expliquer la fréquence des cas de mortalité infantile au sein de certaines communautés, notamment tsiganes mais aussi catholiques, les deux connues pour leur forte natalité.

V.CONCLUSION

La conclusion finale de cette étude postule l'existence d'une tendance visible de réduction des disparités induites par l'indice de la mortalité infantile à toutes les échelles abordées. Au niveau continental la disparité classique est-ouest devient un souvenir du passé et même au niveau régional (dans le cas de la Roumanie au moins) on ne peut pas déceler des clivages puissants. Seul le niveau local garde, dans un contexte général de convergence, des disparités liées à certains facteurs décrits plus haut. C'est-à-dire que la lutte pour la vie avait beaucoup plus gagné que la lutte pour l'amenuisement des disparités sociales et économiques. S'agit-il, peut-être aussi des influences issues de la globalisation au niveau des comportements, des mentalités, des modes de vie.

Remerciements: Cette étude est le résultat des recherches menées dans le cadre du Projet ID-1987 (2009-2011), *Calitatea infrastructurii de transport ca premiză a diferențierilor spațiilor rurale din Moldova*, financé par le C.N.C.S.I.S.

Bibliographie

- Casselli Graziella, Meslé France, Vallin J.**, (1999), *Le triomphe de la médecine*, dans Bardet J.-P., Dupâquier J., *Histoire des populations de l'Europe*, vol. III, pp. 126-177, Fayard, Paris
- Dumitrache Liliana**, (2004), *Starea de sănătate a populației României*, Univers Enciclopedic, București
- Hajnal, John** (1965), *European marriage pattern in historical perspective* en D.V. Glass and D.E.C. Eversley, (eds.) *Population in History*, Arnold, Londres
- Judge K.**, (2009), *Inequalities in infant mortality. Patterns, trends, policy responses and emerging issues in Canada, Chile, Sweden and the United Kingdom*, *Health Sociology Review*, vol. 18, no.1, juin 2009, p.12-24, TASA, Brisbane

- Jahan S.**, (2008), *Poverty and infant mortality in the Eastern Mediterranean region: a meta-analysis*, Journal of Epidemiologic Community Health, vol. 62, no. 8, p. 745-751, British Medical Association, Londra
- Mancaș Gabriela, Vasilov Maria**, (1995), *Consequences of environmental NOx and /or nitrates pollution on health of 0-3 years infants*, Jurnal de Medicina Preventiva, vol.3, nr.3-4/1995, p.25-33, București
- Muntele, I.**(1998), *Populația Moldovei în ultimele două secole*, Corson, Iași
- Pison, Gilles** (2010), *Le recul de la mortalité des enfants dans le monde: des grandes inégalités entre pays*, Population et Sociétés, no. 463, janvier 2010, INED, Paris
- *** (2010), *World Population Data Sheet*, P.R.B., O.N.U., Washington
- *** www.eurostat.eu, pages consultées pendant la période janvier – mars 2010
- *** www.insse.ro, pages consultées pendant la période janvier – mars 2010

Reçu le 25 Mai 2010

Accepté le 22 Juillet 2010